

Praxis Central
Willy-Brandt-Platz 4
D-45127 Essen

FRÜHERKENNUNG OSTEOPOROSE

C. Holger H. Gerlach, Essen

Laut WHO gehört die Osteoporose zu den zehn häufigsten Erkrankungen weltweit und gilt als Volkskrankheit.

Definition und Epidemiologie

Es handelt sich um eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine mikroarchitektonische Verschlechterung des Knochengewebes charakterisiert ist und damit zu einem Anstieg der Knochenbrüchigkeit führt. Nach dem Auftreten osteoporotisch mitverursachender Frakturen liegt eine manifeste Osteoporose vor (1).

Bezugnehmend auf die aktuellste epidemiologische Untersuchung (BEST-Studie, Bone Evaluation Study) sind in Deutschland 6.3 Mio. Menschen ab 50 Jahren betroffen (1,1 Mio. Männer und 5,2 Mio. Frauen). Jährlich kommen 885.000 Neuerkrankungen hinzu. Unser Gesundheitssystem wird mit jährlichen Kosten von ca. 4,5 Mrd. Euro belastet (2). Das ungünstige Geschlechtsverhältnis von 5:1 wiegt umso schwerer, als die Lebenserwartung der Frauen höher ist und sie länger mit den Folgen der osteoporosebedingten Frakturen bei deutlich eingeschränkter Lebensqualität leben müssen. Vor dem Auftreten von Frakturen sind keine typischen Beschwerden/Schmerzen feststellbar: Die Osteoporose beginnt leise, schleichend.

In 95% der Fälle liegt eine primäre Osteoporose vor. Seltener wird die Osteoporose sekundär durch andere Erkrankungen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, prämatüre Menopause,...) oder deren Therapien (Langzeiteinnahme von Glukokortikoiden, Aromatasehemmern, Antihormontherapie, Chemotherapie,...) verursacht.

Primäre Prävention

Ein gesunder Lebensstil kann einer Osteoporose wirksam vorbeugen. Folgende Maßnahmen haben sich als günstig für einen verbesserten Knochenstoffwechsel erwiesen:

1. Vermeidung von Untergewicht (BMI < 20 kg/m²)
2. Regelmäßige Bewegung
3. Verzicht auf Nikotin und zu viel Alkohol
4. Ausreichende Zufuhr von Calcium (täglich 1000 mg) und Vitamin D (täglich 800-2000 i.E.)

Diagnostik

Bei nicht manifester Osteoporose erfolgt die frühe Diagnostik durch Anamnese und DXA-Knochendichtemessung. Untersucht werden in der Regel mit sehr geringer Röntgenstrahlung Lendenwirbelsäule und Oberschenkelhals. Ein T-Score von > 2,5 SD

(>25% Knochenverlust) zeigt bei postmenopausalen Frauen eine behandlungsbedürftige Osteoporose an.

Durch eine Änderung der Fachkunde Strahlenschutz in der Medizin (Röntgen Verordnung) vom 27.6.2012 können jetzt durch Nichtradiologen ohne Teilfachkunde die Fachkunde Knochendichtemessung per DXA erwerben: Erforderlich sind ein eintägiger Strahlenschutzkurs (10 h) und ein Nachweis der Sachkunde. Die ersten beiden Strahlenschutzkurse haben am 29. und 30. November 2013 für Gynäkologen in Frankfurt am Main stattgefunden.

Parallel dazu hat der gemeinsame Bundesausschuss (g-BA) am 21.2.2013 eine Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ betreffs der Osteodensitometrie bei Osteoporose beschlossen:

In Zukunft kann die Osteodensitometrie mittels DXA zulasten der GKV erbracht werden, wenn aufgrund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht. Die klinisch manifeste Osteoporose mit osteoporotischer Fraktur ist dazu nicht mehr Voraussetzung – ein großer Fortschritt.

Der nächste logische Schritt aus meiner Sicht als Präventionsmediziner ist eine präventive DXA-Untersuchung zumindest für Frauen ins gesetzliche Früherkennungsprogramm aufzunehmen, da 40 % der Frauen über 50 Jahren an Osteoporose erkranken.

Therapie

Im europäischen Vergleich ist Deutschland immer noch Schlusslicht bei der Anzahl medikamentöser Osteoporosebehandlungen. Der Anteil unbehandelter Patienten beläuft sich auf 75 Prozent und ist im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern signifikant hoch. Von den jährlichen Kosten von 4,5 Mrd. Euro entfallen nur 15% auf die medikamentöse Therapie, wovon fast zwei Drittel auf Analgetika und nur ein Drittel auf kausal wirksame Therapeutika entfallen.

Vom Dachverband Osteologie (DVO) gibt es eine sehr gute, evidenzbasierte Leitlinie aus 2009 mit dezidierten Therapieempfehlungen. Die Wirksamkeit der Therapien ist sehr gut. Bessere Verträglichkeit und größere Applikationsintervalle steigern die Compliance. Ärztlicherseits gibt es weiter Verordnungsängste aufgrund befürchteter potenzieller Medikamenten-Regressforderungen.

Nach DVO ist das Ziel der Prävention der Osteoporose die Verminderung des Frakturrisikos! Wünschenswert ist ein Paradigmenwechsel zu einer endlich flächendeckend leitliniengerechten Osteoporose-Therapie nach früher Diagnose.

(1)Hadji P, Klan S, Gothe H et al (2012). Dtsch. Ärztlbl. Int 110 (4): 52-57

(2)Rachner TD, Khosta S, Hofbauer LC (2011). Lancet 377 (9773): 1276-1287